



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2010/2011

Joana da Silva Magalhães

Relatório de Estágio Profissionalizante no  
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Joana da Silva Magalhães

Relatório de Estágio Profissionalizante  
no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Ginecologia/Obstetrícia**

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:**

**Professora Doutora Maria Teresa Quinta e Costa  
Mascarenhas Saraiva**

**Abril, 2011**

**FMUP**

**Unidade Curricular "Relatório de Estágio Profissionalizante"**

Eu, Joana da Silva Magalhães, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801213, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 14/04/2011

Assinatura: Joana Magalhães

**Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**  
**2010/2011**

**Unidade Curricular "Relatório de Estágio Profissionalizante"**

**Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO**

**Nome:** Joana da Silva Magalhães

**Endereço electrónico:** juana\_magalhaes@hotmail.com

**Número do Bilhete de Identidade:** 13218815

**Título do Relatório de Estágio Profissionalizante:**

Relatório de Estágio Profissionalizante no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

**Orientador:**

Professora Doutora Maria Teresa Quinta e Costa Mascarenhas Saraiva

**Ano de conclusão:** 2011

**Designação da área do projecto:**

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio Profissionalizante para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 14/04/2011

Assinatura: Joana Magalhães

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Teresa Mascarenhas, que se mostrou sempre disponível quando solicitada, e pelo tempo que despendeu para me poder orientar.

Ao meu assistente, Dr. François Santos, por toda a dedicação e interesse na minha aprendizagem, explicando-me todos os procedimentos e ajudando-me a executá-los. Por me ter proporcionado um crescimento nesta área, através da discussão de inúmeros casos clínicos, contribuindo desta forma para a minha formação.

À Professora Doutora Amélia Ricon Ferraz, Directora do Museu de História da Medicina “Maximiano Lemos” da FMUP, que se prontificou de imediato em me auxiliar, dando-me directrizes para uma abordagem histórica sobre a evolução da Obstetrícia.

Por último, aproveito também para agradecer à minha família por todo o apoio e dedicação ao longo de todo o meu percurso académico.

## **Resumo**

Sendo a Obstetrícia uma especialidade que detém uma componente médica e outra cirúrgica, pela qual sempre tive grande interesse, não hesitei quando me deparei com uma oportunidade de poder elaborar o presente relatório nessa mesma área.

O estágio profissionalizante decorreu durante um período de quatro semanas, nomeadamente de 17 de Janeiro a 11 de Fevereiro de 2011, no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Unidade Padre Américo. Um dos seus principais objectivos incidiu na aplicação de conhecimentos teóricos adquiridos no ano lectivo anterior, numa vertente mais prática, de modo a conseguir proporcionar o melhor cuidado assistencial nas mais variadas circunstâncias.

O relatório focaliza-se particularmente nas actividades realizadas, com descrição sumária de certas atitudes e procedimentos executadas consoante o sector em questão, nomeadamente Puerpério, Internamento de Alto Risco, Consulta de Obstetrícia e Serviço de Urgência.

De salientar ainda a excelente oportunidade de seguir uma grávida, desde o Serviço de Urgência até ao seu posterior internamento, por patologia hipertensiva da gravidez. Desta forma, tornou-se possível a colheita e elaboração de uma história clínica minuciosa, atentando para os exames já realizados durante a gestação, com especial cuidado para o estado actual da doente.

Resta referir que após este estágio, os objectivos inicialmente propostos, foram cumpridos na sua totalidade, e por conseguinte, considero que este período foi indubitavelmente uma mais-valia para a minha formação como futura médica.

## **Abstract**

Given that Obstetrics is a medical specialty that has a medical and surgery component, for which I always had great interest, I did not hesitate when I had the opportunity to carry out my professionalizing internship in that area.

This experience lasted for a period of four weeks, from the 17th of January to the 11th February of 2011, at the Department of Gynecology and Obstetrics of the Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Unidade Padre Américo. One of its key objectives focused on the application of my theoretical knowledge, acquired in the previous academic year, on more practical terms, in order to provide the best assistance care in the most various circumstances.

The report focuses essentially on all the executed activities, with brief description of certain behaviors and procedures performed according to each respective sector, such as Puerperium, High Risk Pregnancy Ward, Obstetrics Consult and Emergency Room.

Also noteworthy was the excellent opportunity to follow a pregnant woman from the Emergency Room to its subsequent hospitalization, for hypertensive disease of pregnancy. Thus, it became possible to collect and elaborate a detailed clinical history, paying attention to the tests already carried out during pregnancy, with special emphasis on the present state of the patient.

Finally, after this internship, I can conclude that all the originally proposed objectives were completed in their entirety, and therefore, consider that this period was undoubtedly an important asset to my training as a future medical doctor.

## Índice

Siglas e abreviaturas .....	5
Lista de Figuras .....	6
Lista de Tabelas .....	6
A. Introdução e enquadramento .....	7
I. Motivações e oportunidade .....	7
II. Objectivos .....	7
a. Objectivos do Estágio .....	7
b. Objectivos do Relatório .....	8
III. O Centro Hospitalar Tâmega e Sousa .....	8
IV. A Obstetrícia .....	9
B. Descrição das Actividades Realizadas .....	10
I. Breve apresentação do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia .....	10
II. Programa das actividades realizadas .....	12
III. Descrição das actividades por sector .....	13
a) Puerpério .....	13
b) Consulta Externa .....	14
c) Serviço de Urgência .....	16
d) Reuniões de Serviço .....	19
IV. Considerações finais .....	20
C. Referências bibliográficas .....	21
Apêndice 1: .....	23
Apêndice 2: .....	29
Anexo 1: .....	39
Anexo 2: .....	40



## Siglas e abreviaturas

**ACO:** Anticoncepcional Oral

**BAI:** Bolsa das Águas Íntegra

**BO:** Bloco Operatório

**CCC:** Comprimento Cefalo-Caudal

**CE:** Consulta Externa

**CHTS:** Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

**CTG:** Cardiotocografia

**DIU:** Dispositivo Intrauterino

**DM:** Diabetes Mellitus

**DUM:** Data da Última Menstruação

**EAM:** Enfarte Agudo do Miocárdio

**Eco-TV:** Ecografia Transvaginal

**FIV:** Fertilização in Vitro

**FC:** Frequência Cardíaca

**FMUP:** Faculdade de Medicina da  
Universidade do Porto

**FR:** Frequência Respiratória

**FSV:** Fundo de Saco Vaginal

**HPA:** Hospital Padre Américo

**HSJ:** Hospital São João

**HTA:** Hipertensão Arterial

**IM:** Intramuscular

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**IR:** Índice de Resistência

**LA:** Líquido Amniótico

**PNV:** Plano Nacional de Vacinação

**PTOG:** Prova de Tolerância Oral à Glicose

**RCF:** Restrição do Crescimento Fetal

**SG:** Semanas de Gestação

**SGO:** Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

**SNC:** Sistema Nervoso Central

**SU:** Serviço de Urgência

**TA:** Tensão Arterial

**TAd:** Tensão Arterial diastólica

**TAs:** Tensão Arterial sistólica

## **Lista de Figuras**

**Figura 1:** Hospital Padre Américo – Vale do Sousa

**Figura 2:** Mapa da área de influência do CHTS

**Figura 3:** Actividade Assistencial no SGO do CHTS no ano de 2010

**Figura 4:** Consultas de Obstetrícia em 2010

**Figura 5:** Número aproximado dos principais motivos de recorrência ao SU

**Figura 6:** Partos eutócicos e distócicos referentes a 2010

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1:** Planificação das actividades realizadas.

## **A. Introdução e enquadramento**

### **I. Motivações e oportunidade**

O presente relatório de estágio descreve as actividades realizadas durante o estágio clínico profissionalizante na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Unidade Padre Américo, no período de 17 de Janeiro a 11 de Fevereiro de 2011, o que fez um total de quatro semanas.

A eleição desta disciplina para a realização deste trabalho, assentou no meu enorme interesse nesta área, que associa duas vertentes da Medicina, a componente clínica médica e a componente cirúrgica, pela qual sempre tive um grande fascínio.

A escolha do CHTS foi aleatória. No entanto, revelou ser uma excelente escolha porque me deu a oportunidade de vivenciar o dia-a-dia de outro hospital, e confrontar-me com uma realidade um pouco diferente relativamente ao ano clínico anterior no HSJ.

### **II. Objectivos**

#### **a. Objectivos do Estágio**

- Aperfeiçoamento da comunicação com a doente, adequando a linguagem consoante o contexto social e étnico;
- Consciencialização que a colheita minuciosa de uma história clínica pode-nos colocar, de imediato, no rasto de um diagnóstico provável;
- Aprender a usar criteriosamente os exames auxiliares de diagnóstico;
- Formular e discutir hipóteses de diagnóstico mediante cada caso;
- Aprender a terapêutica mais adequada para as patologias mais frequentes;
- Ter noção do prognóstico mais provável perante determinada patologia;
- Aprender e executar procedimentos médicos e cirúrgicos.
- Aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica.

## **b. Objectivos do Relatório**

- Descrever as actividades realizadas, nomeadamente nos sectores mais marcantes durante o estágio;
- Demonstrar conhecimentos clínicos adquiridos durante esse período.

## **III. O Centro Hospitalar Tâmega e Sousa**

O CHTS foi criado em 1979 e era formado por duas Unidades Hospitalares: o Hospital de Paredes e o Hospital de Penafiel.

Em 1993 recebeu a designação de Hospital Padre Américo – Vale de Sousa e passou a englobar, para além das duas Unidades referidas anteriormente, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

O actual edifício do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, sediado na freguesia de Guilhufe, concelho de Penafiel, foi inaugurado a 21 de Outubro de 2001.



Figura 1: Hospital Padre Américo – Vale do Sousa.

A 19 de Julho de 2007 foi reestruturado o CHTS, que é formado por duas unidades hospitalares: a Unidade Padre Américo e a Unidade de São Gonçalo (Amarante).

O CHTS serve uma população de aproximadamente meio milhão de habitantes, sendo o hospital de referência para os concelhos de Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Cinfães, Lousada, Paços de Ferreira, Penafiel, Paredes, Resende, Felgueiras, Marco de Canaveses e ainda Celorico de Basto.



Figura 2: Mapa da área de influência do CHTS

#### IV. A Obstetrícia

Desde os primórdios da civilização, a Mulher desempenha um papel fundamental e único na procriação.

As figuras pré-históricas e os desenhos egípcios antigos mostravam as mulheres na posição de cócoras ou sentadas na altura do parto. Já nessa altura a mulher se fazia acompanhar pela sua mãe ou por um ente familiar feminino. Assim sendo, a história da obstetrícia é indissociável da história das parteiras. Na verdade, a primeira cesariana bem sucedida foi realizada nas ilhas britânicas por uma parteira irlandesa em 1738.<sup>1</sup>

Os índices de mortalidade materna foram utilizados durante muito tempo como um índice de avaliação da eficácia dos cuidados prévios ao parto. As principais razões para níveis elevados

até ao início do século XX sustentavam-se maioritariamente na falta de obstetras, clínicos gerais e parteiras capacitados de prestar os melhores cuidados pré-natais e a assistência adequada ao parto. A introdução dos mesmos é geralmente atribuída a J.W. Ballantyne, que proporcionou aos profissionais de saúde uma melhor compreensão do estado geral de saúde, bem como, do estado das mulheres gestantes.<sup>2</sup>

Até ao século XX, a obstetrícia limitava-se ao parto em si, mas o novo século trouxe avanços cruciais para o melhor seguimento da grávida, desde o período pré-concepcional ou puerpério. A introdução do parto instrumentalizado, as melhorias francas na anestesia e nas condições de assepsia obstétrica e a introdução da ecografia obstétrica, constituem alguns dos avanços verificados nesse período e que são actualmente prática rotineira da clínica obstétrica.<sup>1</sup>

## **B. Descrição das Actividades Realizadas**

### **I. Breve apresentação do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia**

O SGO está organizado por sectores de actividade e distribuí-se, fisicamente, por três pisos diferentes (Piso 3, 4 e 6).

O internamento de Ginecologia e Obstetrícia localiza-se no 6º Piso.

O internamento de Ginecologia dispõe de dezoito camas, distribuídas por enfermarias de ocupação individual, com duas e com quatro camas. O internamento de Obstetrícia tem uma capacidade total de trinta e quatro camas e está organizado em dois grandes sectores: Puerpério e Medicina Materno-Fetal.

O sector do Puerpério tem uma ala própria e dispõe de vinte e seis camas, enquanto que o Sector de Medicina Materno-Fetal partilha uma ala com o Internamento de Ginecologia e dispõe de oito camas (duas enfermarias de quatro camas cada).

A Consulta Externa distribui-se pelos pisos 3 e 4. No piso 3 existem cinco gabinetes de consulta, dois ecógrafos e uma sala para realização de cardiotocografia equipada com cinco aparelhos. No Piso 4, junto ao sector de Ecografia, existem mais dois gabinetes de consulta.

A Consulta Externa de Obstetrícia realiza-se quase exclusivamente no piso 3, com excepção da Consulta de Diagnóstico Pré-Natal/Patologia Fetal.

O sector de Ecografia encontra-se no piso 4. Dispõe de dois gabinetes equipados com ecógrafo com sonda vaginal, sonda abdominal e sistema Doppler e destina-se à realização de ecografias obstétricas e ginecológicas. Trabalha em articulação com o Internamento e com a Consulta Externa de forma a dar resposta às suas inúmeras solicitações.

O Bloco Operatório Central do Hospital localiza-se no piso 4 e é composto por oito salas: sete destinadas à actividade cirúrgica e uma de recobro.

A cirurgia Ginecológica e Obstétrica de rotina realiza-se, habitualmente, na sala 3, enquanto a sala 7 está vocacionada para receber a cirurgia de urgência.

O Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia ocupa uma ala própria, separada do restante Serviço de Urgência e adequada à especificidade da sua área de intervenção. Situa-se no piso 4 e está organizado em dois grandes sectores: Admissão e Bloco de Partos. O sector da Admissão é formado por quatro gabinetes médicos, sala de Enfermagem e duas salas equipadas com cardiotocógrafos (quatro no total). O Bloco de Partos é formado por três salas de Expectantes (seis camas), duas salas de Vigilância (quatro camas) e sete salas de parto de ocupação individual.

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHTS tem uma intensa actividade assistencial e assume-se como uma das principais Maternidades do País. O gráfico seguinte está sistematizado por sectores evidenciando as consultas e o SU como sendo os serviços mais procurados, englobando tanto os casos ginecológicos como obstétricos.

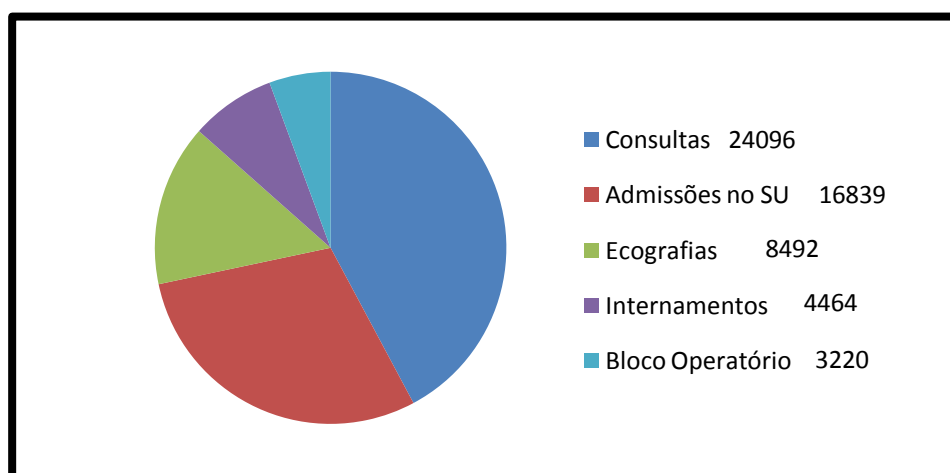


Figura 3: Actividade Assistencial no SGO do CHTS no ano de 2010. <sup>4</sup>

O SGO é chefiado pela directora de serviço Doutora Olímpia do Carmo e conta ainda com a colaboração de três chefes de serviço, sete assistentes hospitalares graduados, sete assistentes hospitalares e seis internos da especialidade; não esquecendo toda a equipa de enfermagem, auxiliares e administrativos.

## II. Programa das actividades realizadas

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
8h30-9h30	Puerpério	SU	Puerpério	Puerpério	Reunião de Serviço
9h30-13h30	Internamento Alto Risco		Internamento Alto Risco	Internamento Alto Risco	
					Apresentação de casos clínicos
14h30-20h				CE Obstetrícia Geral	

Tabela 1: Planificação das actividades semanais

Esta tabela pretende descrever sumariamente as quatro semanas decorridas no SGO.

Durante este período acompanhei o meu tutor, Dr. François Santos, interno da especialidade, na sua rotina diária nos mais diversos sectores, como acima mencionados. O meu estágio coincidiu com um ano direccionado mais para a Obstetrícia, no entanto contactei com alguns casos ginecológicos especialmente no SU. Posteriormente encontram-se descritas as actividades realizadas durante esse espaço de tempo.



### **III. Descrição das actividades por sector**

#### **a) Puerpério**

No decorrer das quatro semanas, acompanhei diversas vezes o meu tutor na visita médica ao internamento do Puerpério. Neste sector aprendi avaliar o puerpério fisiológico e as puérperas com patologia, bem como as suas prováveis complicações e sua orientação.

A passagem por este sector permitiu-me aprender e adquirir alguns conhecimentos, tais como:

- Dedicar especial atenção aos grupos sanguíneos materno e fetal para que, sempre que indicado, se proceder à prescrição de Imunoglobulina Anti-D para profilaxia da isoimunização Rh.
- Valorizar os sintomas das puérperas e relacioná-los com exame físico.
- Realizar um exame físico mais dirigido à puérpera, prestando especial atenção à avaliação dos sinais vitais, estado geral, coloração e hidratação da pele e mucosas, contracção e involução uterina, características dos lóquios, estado do períneo e exame da mama. Avaliar também a normalidade da diurese e o restabelecimento do trânsito intestinal.
- Perante puerpérios cirúrgicos, completar o exame físico com a avaliação da ferida operatória com o intuito de avaliar o grau de cicatrização, e despistar precocemente eventuais sinais de infecção ou de deiscência. Tive ainda a oportunidade de observar a realização de pensos cirúrgicos em colaboração com a equipa de Enfermagem.
- Valorizar o ambiente social em que a puérpera estava inserida e se necessário, requisitar colaboração ao Serviço Social.
- Aconselhar medidas dietéticas e dar orientações sobre medidas higiénicas adequadas.
- Incentivar a amamentação.
- Examinar todas as Puérperas antes de dar alta avaliando com especial cuidado as características dos lóquios, a involução uterina, o estado do períneo e episiorrafia (ou a ferida operatória em caso de puerpério cirúrgico) e as mamas. A alta, no caso de um puerpério fisiológico, era programada para ocorrer às 48h após parto vaginal e às 72h após parto por cesariana. Por outro lado, no caso de puérperas com patologia crónica ou patologia associada à gravidez, eram orientadas para a CE hospitalar apropriada e as restantes para o Centro de Saúde, informando-as da importância da consulta de revisão do puerpério e planeamento familiar.

A actividade desenvolvida durante este estágio permitiu acompanhar a evolução do puerpério fisiológico, bem como adquirir capacidade de diagnosticar e compreender as medidas terapêuticas adequadas às complicações puerperais mais frequentes e ao controlo de patologia prévia ou decorrente da gravidez.

#### **b) Consulta Externa**

A CE de Obstetrícia afirma-se como um espaço ímpar de aprendizagem e formação. Possibilita o contacto com um largo espectro situações clínicas, assim como permite o acompanhamento da grávida ao longo de toda a gestação.

O CHTS disponibiliza as seguintes consultas de Obstetrícia: Obstetrícia Geral, Multidisciplinar Patologia Endócrina da Gravidez, Hipertensão Arterial na Gravidez, Gravidez na Adolescência, Gravidez Múltipla, Gravidez de Termo, Pré-concepção e Pré e Pós-parto.

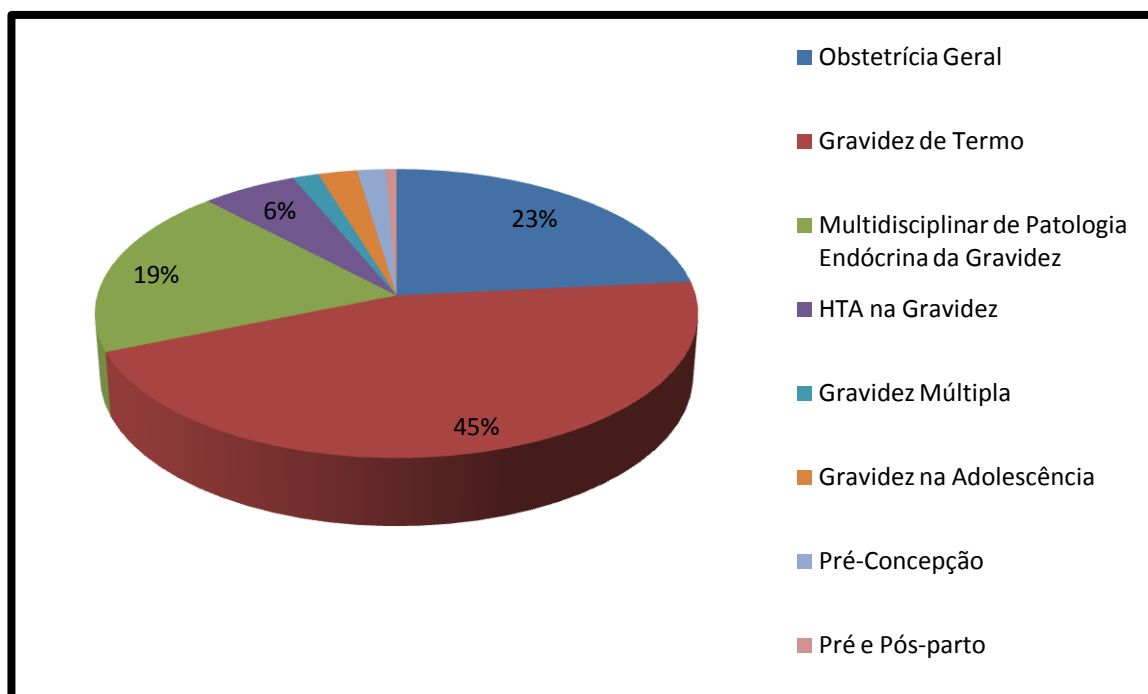


Figura 4: Consultas de Obstetrícia em 2010. <sup>4</sup>

A figura anterior demonstra claramente as três consultas mais procuradas no ano de 2010, nomeadamente e por ordem decrescente de procura: Gravidez de Termo, Obstetrícia Geral e Consulta multidisciplinar de patologia endócrina na gravidez.

Assisti semanalmente, às quintas-feiras no período da tarde, às consultas de Obstetrícia Geral do meu assistente.

Esta consulta destina-se à vigilância de grávidas referenciadas pelo Médico Assistente, SU, outra CE hospitalar ou provenientes do Internamento e que apresentam um risco de complicações maternas e/ou fetais superior ao risco da população em geral. Nesta consulta são igualmente vigiadas, em número significativo, grávidas de baixo risco.

A primeira consulta destina-se à avaliação do risco da gravidez. Foi-me possível auxiliar na elaboração de histórias clínicas minuciosas, valorizando os antecedentes patológicos e obstétricos da grávida assim como a sua medicação habitual.

Aprendi a efectuar correctamente a datação da gravidez, a partir da qual se determinava todo o seguimento subsequente.

Observei e ajudei na realização do exame físico a todas as grávidas, avaliando o bem-estar materno e fetal, dando especial atenção à sintomatologia da grávida, analisando os resultados dos estudos analíticos e ecográficos realizados.

De salientar que se valorizava de forma particular a evolução ponderal, a medição da TA, o resultado do teste rápido de urina, a evolução da altura uterina, a auscultação dos ruídos cardíacos fetais e no caso de gravidez de termo, a cardiotocografia e a avaliação do volume de LA.

Perante o diagnóstico de alguma patologia ou perante algum dado novo que o justificasse, a grávida era referenciada para uma consulta de subespecialidade apropriada ou solicitava-se a colaboração de outra especialidade. Quando necessário enviava-se a grávida ao SU ou propunha-se o Internamento.

Foi-me possível observar e realizar o rastreio do *Streptococcus do grupo B* (exsudado vaginal e rectal) a todas as grávidas, segundo o Protocolo do Serviço, a partir das 35 semanas.

No caso de ser uma consulta de termo da gravidez, e tendo em conta a evolução da mesma e os antecedentes da grávida, determinava-se a orientação obstétrica mais adequada:

programação da indução do trabalho de parto ou marcação de cesariana electiva. Segundo o protocolo em vigor, as gravidezes são terminadas às 41 semanas, ou antes, nos casos em que exista uma patologia que o justifique.

Por fim há que referir alguns dos motivos mais comuns de referenciação das grávidas para esta consulta, nomeadamente: prova de Coombs positiva, placenta prévia, patologia depressiva, idade materna avançada, entre outras.

### **c) Serviço de Urgência**

O SU abrange os seguintes sectores:

- Admissão de Ginecologia e Obstetrícia
- Bloco de Partos
  - Salas de Vigilância
  - Salas de Expectantes
  - Salas de Parto
- Apoio ao Internamento de Ginecologia e Obstetrícia,
- Actividade Cirúrgica de Urgência

O SU provou ser um local de profunda aprendizagem quer a nível teórico quer a nível prático. O tempo dispendido neste sector distribuiu-se essencialmente por dois sectores: pela admissão de obstetrícia e pelo bloco de partos. Contudo, também presenciei algumas admissões de Ginecologia.

O sector de Admissão destina-se a receber todas as mulheres que recorrem ao SU e que necessitam de observação ginecológica ou obstétrica de urgência, tendo sido esta última o motivo *major* de admissão.

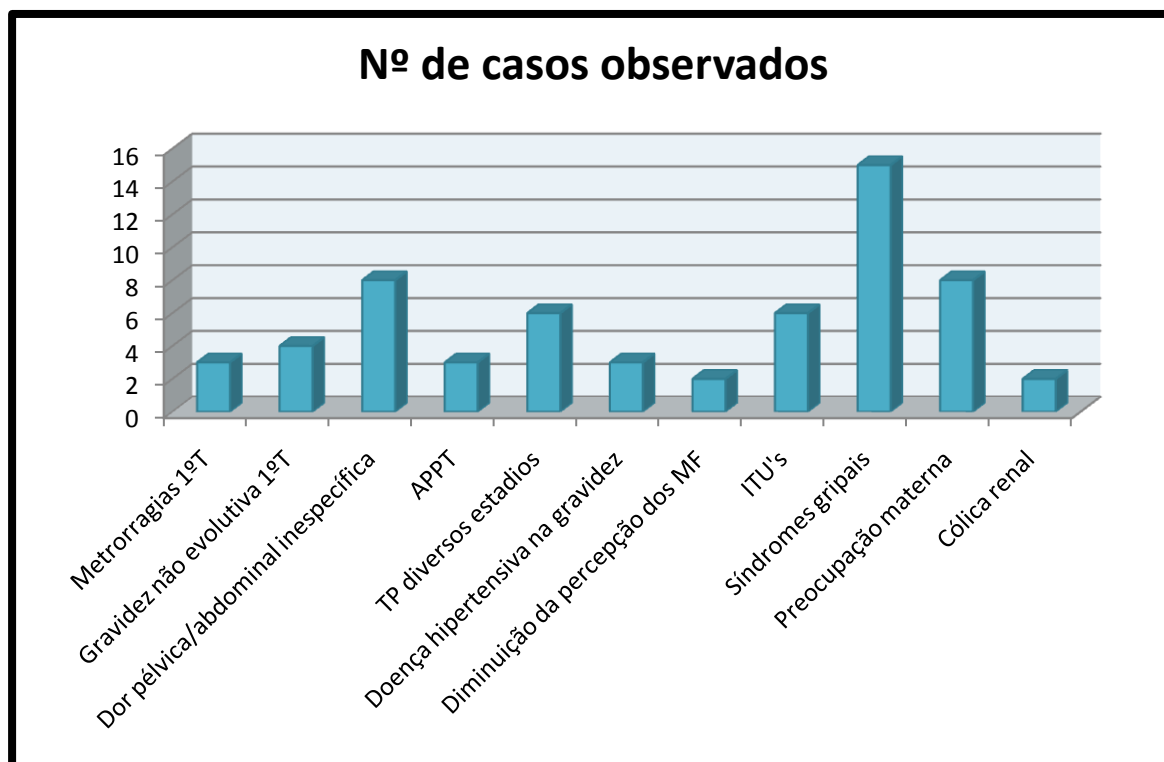


Figura 5: Número aproximado dos principais motivos de recorrência ao SU.

O gráfico acima pretende demonstrar resumidamente as situações mais observadas durante este período. De realçar duas situações: as síndromes gripais e queixas respiratórias, na liderança da procura deste serviço; e ainda a procura de auxílio médico por parte das grávidas que se encontravam preocupadas com o bem-estar fetal. Outra pequena nota para a doença hipertensiva da gravidez, onde englobei quer os casos de mães com apenas elevação tensional, situação mais frequente; quer ainda um caso de pré-eclâmpsia onde para além da elevação da TA se verificou proteinúria marcada e edemas.

Em muitos destes casos tornava-se imprescindível a realização de exames ecográficos com o objectivo de avaliar a vitalidade embrionária/fetal, avaliar o volume de líquido amniótico e confirmar a apresentação.

Ainda no SU pude assistir a determinadas situações ginecológicas, sendo a dor pélvica e/ou abdominal a razão maioritária dessa procura.

Como referido inicialmente, o SU engloba o bloco de partos com diversas salas destinadas a diferentes funções.

As salas de vigilância recebem habitualmente situações de gravidez não evolutiva do 1º ou 2º Trimestre (maioritariamente do 1º) e interrupções médicas de gravidez. São também internadas nessas salas grávidas com ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsias graves ou outros casos que necessitem de vigilância apertada.

As salas de Expectantes destinam-se a receber as grávidas que se encontram a induzir o trabalho de parto ou cujo trabalho de parto se encontra no início (fase latente). A prática corrente desta Instituição é programar a indução do trabalho de parto para as 41 semanas de gestação ou sempre que surjam complicações maternos ou fetais que obriguem à terminação antecipada da gravidez.

Assisti a partos eutócicos e instrumentados. A maioria dos partos decorreram sob analgesia epidural, e sempre que necessário vi ser efectuado episiotomia médio-lateral.

Neste sector tive ainda a oportunidade de assistir e participar, pela primeira vez durante todo o curso, numa cesariana electiva com posterior laqueação tubária bilateral. Sem dúvida uma experiência marcante, onde aprendi todos os cuidados e procedimentos a ter antes de entrar no BO, até à cirurgia em si, onde observei de perto e pude intervir com pequenos gestos.

A imagem seguinte refere-se aos partos em 2010. Dos 3177 partos ocorridos durante esse ano verificou.-se uma predominância dos partos eutócicos sobre os distócicos; dentro destes últimos, a cesariana foi, com 63%, a cirurgia predominante.

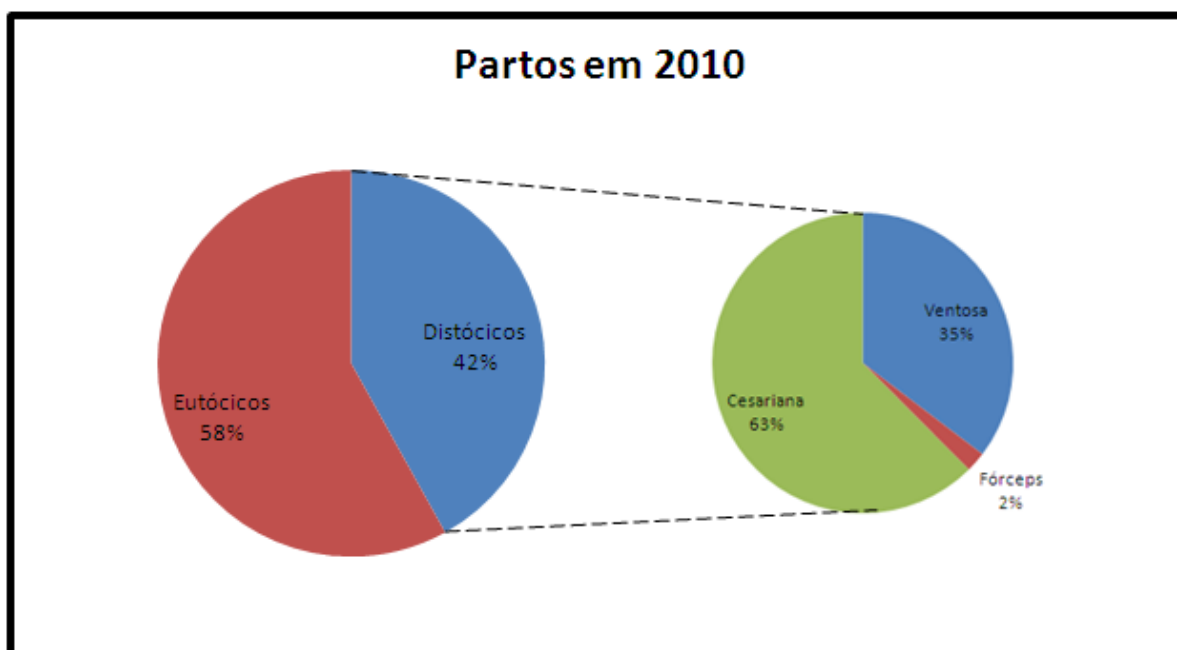


Figura 6: Partos eutócicos e distócicos referentes a 2010. <sup>4</sup>

#### **d) Reuniões de Serviço**

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia reúne-se semanalmente à sexta-feira de manhã.

Nestas reuniões de serviço são apresentados e discutidos casos clínicos mais complexos, temas teóricos, protocolos de actuação assim como, trabalhos a apresentar em reuniões científicas. Durante as quatro semanas, pude assistir apenas a uma, no dia 20 de Janeiro, onde após uma breve discussão de algumas situações do serviço, foi feita uma exposição teórica referente ao tema “Restrição do crescimento fetal”. Tratou-se de uma sessão esclarecedora, que evocou especial atenção para o rastreio e diagnóstico. Para além de uma anamnese minuciosa, medição da altura uterina, ecografia, foi dado relevo à fluxometria Doppler das artérias uterinas e umbilical como preditores comparáveis no *outcome* das gravidezes complicadas com RCF.<sup>3</sup> Foram ainda referidos os principais factores de risco associados assim como a abordagem e seguimento da sequência de eventos, salientando os marcadores crónicos, agudos e subagudos. Ainda nesta apresentação fez-se referência ao melhor momento e a via mais indicada para o parto terminando com uma elucidação do prognóstico, recorrência e sua prevenção.

As outras sextas-feiras foram reservadas à discussão de casos clínicos no HSJ. Estes mesmos casos estão colocados posteriormente sob a forma de apêndice.

#### **IV. Considerações finais**

A Obstetrícia é uma especialidade da Medicina direccionada para a mulher, que a acompanha desde o período de pré-concepção, durante a gestação, durante o parto, e ainda, e não menos importante, durante o período pós-parto, o puerpério.

O primeiro contacto com este ramo da Medicina surgiu no 5º ano do curso, onde adquiri os primeiros conhecimentos teóricos e práticos de Ginecologia e Obstetrícia. Contudo, foi neste estágio profissionalizante, direccionado mais para a Obstetrícia, que pude consolidar esses mesmo conhecimentos, através do contacto diário um amplo espectro de situações clínicas.

A organização deste período de quatro semanas permitiu-me vivenciar o quotidiano nos demais sectores, desde o internamento ao SU, num hospital diferente do HSJ a diversos níveis. Para além da prática clínica, é de grande importância realçar as reuniões de serviço e os casos clínicos discutidos no HSJ, como sessões detidas de grande interesse, pois permitiram o conhecimento de uma panóplia de casos, quer de um hospital mais central como HSJ, quer de um mais periférico como o CHTS. Por este facto, a experiência prática adquirida e as abordagens mais teóricas, tornaram este estágio uma mais-valia nesta área.

Considero que os objectivos inicialmente propostos foram cumpridos. O estágio no SGO proporcionou-me a aquisição e consolidação de conhecimentos teórico-práticos, através do contacto diário com os demais estadios subjacentes à gravidez, tornando-se num imenso contributo para o meu desenvolvimento enquanto aluna e futura médica.



### **C. Referências bibliográficas**

<sup>1</sup>Drife, J.; “*The start of life: a history of obstetrics*”, 2002

<sup>2</sup>O’Dowd, Michael J.; Philipp, Elliot E., “*Historia de la Ginecologia y Obstetricia*”, 1997, p18-25

<sup>3</sup>Gash G, Gudmunsson S. “*Uterine and umbilical artery doppler*”, 2009

<sup>4</sup>Serviço de Estatística do CHTS

# **APÊNDICE**

## **Apêndice 1: Casos apresentados no HSJ**

### **Caso 1 - Ginecologia**

Identificação: CF, 33 anos, caucasiana

Queixa principal: tonturas e polimenorreia

História da doença actual:

Doente recorre ao SU por náuseas e tonturas. Nega febre e/ou vômitos. Nega alterações do trânsito intestinal. Refere cataménios mais prolongados de 8 a 10 dias, com interlúnios de 15 dias (polimenorreia). Quando interrogada quanto ao método anticoncepcional, referiu DIU há 4 anos. Sem antecedentes de relevo.

Exame ginecológico:

Exame com espéculo: vagina ampla e distensível, colo macroscopicamente normal. Presença de pequena quantidade de sangue no FSV posterior, sem evidência de perda hemática activa. Fios do DIU visíveis, com cerca de 3-4cm.

Toque vaginal: colo posterior, inteiro e fechado, útero em anteversão, sem tumefações anexiais palpáveis.

Exames complementares:

Ecografia transvaginal: presença de DIU a 26mm do fundo uterino com insinuação no canal cervical.



EcoTV – presença de DIU a 26mm do fundo uterino.

Atitude:

O DIU foi retirado da cavidade uterina.

A paciente foi aconselhada a marcar consulta no Médico de Família para a discussão de outro método anticoncepcional.

## **Caso 2 - Ginecologia**

Identificação: MCMS, 29 anos, caucasiana

Queixa principal: dor hipogástrica e amenorreia

História da doença actual:

Nuligesta, aparentemente saudável, recorre ao SU por amenorreia e dor hipogástrica intensa, sem posição antálgica. Nega febre e vómitos. Nega também outras alterações gastrointestinais bem como genitourinárias. Refere perda de coágulo de sangue há cerca de 2 dias. Salientou que estava a tentar engravidar e que para tal tinha deixado de tomar o ACO no final de Novembro 2010. Não sabe exactamente a DUM mas afirma que foi há mais de um mês.

Exame ginecológico:

Exame com espécuro: vagina ampla e distensível, colo macroscopicamente normal, leucorreia fisiológica, sem sangue na cavidade vaginal.

Toque: colo posterior, inteiro e fechado.

Exames complementares:

Eco-TV: endométrio ligeiramente espessado (6,6mm) na região fúndica, área hiperecogénica na região ístmica até à zona do canal cervical, pequena lâmina de líquido do fundo de saco Douglas, áreas anexiais aparentemente normais.

Beta-HCG: 0,72 – valor não compatível com uma gravidez.

Hemograma: sem alterações.

Plano:

A situação foi explicada à senhora. Foi aconselhada a marcar consulta de pré-concepção.

### **Caso 3 - Obstetrícia**

Identificação: SG, 32 anos, caucasiana

Queixa principal: dor hipogástrica

História da doença actual:

Primigesta, com diabetes gestacional diagnosticada às 25 semanas, gestação gemelar bicoriónica e biamniótica, com 28 semanas e 3 dias, após FIV, recorre ao SU no dia 4 de Fevereiro por dor abdominal hipogástrica, tipo cólica, de 1 em 1 hora, sem posição antálgica; refere também sensação de peso na mesma localização. Nega perda hemática ou de líquido vaginal. Nega queixas genito-urinárias. Refere boa percepção dos movimentos fetais.

Antecedentes obstétricos:

Primigesta. Gestação gemelar bicoriónica e biamniótica. Gravidez vigiada desde o início.

Diabetes gestacional diagnosticada às 25 semanas e 5 dias através de uma PTOG positivo. Foram instauradas medidas higieno-dietéticas e a doente foi encaminhada para uma consulta de Nutrição e Patologia Endócrina da gravidez. De seguida, iniciou insulina Isofan (SC, 18unidades, 1 vez por dia) e insulina de acção rápida segundo o protocolo.

Antecedentes ginecológicos:

Menarca aos 13 anos. Ciclos regulares. Cataménios de 2-3 dias. Interlúnios de 28 dias.

Coitarca aos 20 anos. Usava preservativo como método anticoncepcional.

### História médica prévia:

Varicela na infância.

Nega doenças crónicas, tais como HTA, DM ou dislipidemia.

Asma brônquica medicada apenas em SOS.

Antecedentes cirúrgicos: apendicectomia e cirurgia à rótula após fractura.

Nega alergias alimentares e/ou medicamentosas.

Nega transfusões sanguíneas.

### Cuidados de saúde habituais:

Faz três refeições por dia. Afirma ter uma alimentação diversificada. Usa pouco sal.

Nunca fumou, não bebe álcool e nunca usou drogas.

Pratica natação duas vezes por semana.

PNV actualizado.

Não faz nenhuma medicação.

### Antecedentes familiares:

O pai faleceu na sequência de um EAM aos 52 anos. Era alcoólico e hipertenso.

A mãe tem 57 anos e é saudável.

Tem nove irmãos. Todos saudáveis à excepção de um que faleceu com 39 anos devido a problemas com o álcool (sic).

### Exame obstétrico:

Eco-TV: colo com 15 mm, sem funelling.

Toque vaginal: colo posterior amolecido, 80% extinto, permeável à polpa de um dedo. BAI íntegra. Primeiro feto cefálico.

CTG: com contractilidade irregular e de baixa amplitude.

Interna-se por ameaça do parto pré-termo, para tocólise e maturação pulmonar.

No internamento:

Nega queixas. Boa percepção de movimentos fetais de ambos os fetos.

CTG: sem registo de contractilidade uterina. Ruídos cardíacos fetais presentes e normais em ambos os fetos.

Cumpriu ciclo de betametasona.

Encontra-se a fazer tocólise com Atosiban.

Níveis de glicemia descompensados, com necessidade de revisão terapêutica para a qual se pede colaboração à Endocrinologia.



## **Apêndice 2: História clínica de Obstetrícia**

**Fonte e fiabilidade da informação:** a própria doente, que se encontrava consciente e colaborante, orientada no tempo e no espaço. Consulta do boletim da grávida e do processo clínico.

### **Identificação**

Nome: MGMD

Sexo feminino

Etnia: caucasiana

Idade: 25 anos

Estado civil: casada

Natural de: Penafiel

Residente em: Penafiel

Profissão: operadora de caixa de um supermercado

### **Motivo de internamento**

Suspeita de pré-eclâmpsia.

### **História da Doença Actual**

Grávida de 25 anos, com 32 semanas de gestação, II Gesta I Para, com história de Diabetes Mellitus Tipo I desde os 11 anos, insulínica e com mau controlo glicémico na gravidez actual, é encaminhada ao SU do Hospital Padre Américo, referenciada pela CE desse mesmo hospital, dia 20 de Janeiro de 2010, com o seguinte quadro:

Hipertensão arterial 160/100mmHg, proteinúria marcada (+++++) e presença de edemas dos membros inferiores e da face.

A grávida já mostrava alterações da Tensão Arterial desde as 24 SG (TA = 156/93mmHg), proteinúria acentuada desde as 28 SG, acompanhada de edemas desde as 30 SG.

Associado ao quadro que motivou o seu internamento no SGO no sector de Gravidez de Alto Risco, refere o aparecimento de vómitos matinais, sem relação com a ingestão de alimentos, associados a náuseas que permaneciam durante todo o dia, cefaleias, alterações da visão e aparecimento de diarreia e obstipação alternadas, desde as 29 SG.

Refere anemia às 33 SG e mau controlo glicémico desde há uma semana – “varia de 50 até 200 mg/dL” (sic).

Actualmente, com 35 semanas <sup>+ 6 dias</sup> de gestação, refere melhoria de quadro acima referido. Fez ciclo de Betametasona 12 mg. Está a ser medicada com Nifedipina 30 mg, 1 x dia; Sulfato Ferroso 525 mg, 2 x por dia; Novorapid<sup>®</sup> antes das refeições e Glargina 1 x dia, cujas unidades vão ser ajustadas.

No internamento fez análises sanguíneas. Faz controlo apertado da Tensão Arterial e Cardiotocografia 1 vez por dia.

### **Antecedentes Pessoais**

- Diabetes Mellitus Tipo I desde os 11 anos diagnosticada após coma diabético (4 dias). Insulinotratada desde aí.
- Antes da gravidez fazia insulina 2x por dia, 20 unidades de manhã e 10 à noite.
- Durante a gravidez, fez Novorapid<sup>®</sup> (9 unidades ao pequeno almoço, 11 ao almoço, 2 ao lanche, 9 ao jantar) e Lantus<sup>®</sup> (à ceia), valores que devem ser ajustados caso haja alterações da glicemia.

- Refere mau controlo da glicemia durante as duas gravidezes. Na actual, o mau controlo glicémico motivou a sua referência às Consultas externas do HPA.
- Atingimento microvascular renal. Sem acometimento macrovascular da doença.

<b>HbA1c</b>	
<b>14/10/2010</b>	9,5%
<b>25/11/2010</b>	7,9%
<b>06/01/2011</b>	8,3%

- Dislipidemia. Desconhece data do diagnóstico e nega fazer medicação.
- Nega história de Hipertensão arterial – “TA prévia 120/70 mmHg” (sic).
- Nega cirurgias ou acidentes anteriores.
- Nega alergias alimentares e/ou medicamentosas.

### **Cuidados de Saúde Habituais**

- Faz 3 refeições diárias. Refere que tem uma alimentação diversificada, mas que come muitos fritos.
- Nega hábitos tabágicos, alcoólicos, drogas e consumo de café.
- Não faz exercício físico.
- Tem o PNV actualizado.

### **História Familiar/Antecedentes Familiares**

- Marido com 26 anos, construtor civil, saudável.
- Filha com 3 anos, aparentemente saudável.
- Sem história familiar de doenças relevantes (HTA, Diabetes ou malformações congénitas).
- Sem história familiar de intercorrências relevantes em gravidezes (inclusivé história de pré-eclâmpsia).

## **História Ginecológica**

Menarca aos 12 anos. Interlúnios regulares de 28 dias e cataménios de 5 dias, com fluxos de quantidade normal.

Coitarca aos 20 anos.

Contraceptivos orais desde os 18 anos. Refere tomar de forma regular. As duas gravidezes aconteceram por toma da pílula com antibiótico (não sabe especificar qual).

Realiza citologia cervical regularmente; a última foi em 2010 e estava normal.

Nega alterações da função sexual, leucorreia ou história de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

## **Antecedentes Obstétricos**

II Gesta, I Para, 0 Abortamentos, 0 Gravidezes Ectópicas, I Filha viva.

Parto normal em 2007, às 38 SG, sexo feminino, 3850 g, em Pampelona, Espanha. Puerpério normal. Refere mau controlo da Diabetes também nesta gravidez, mas sem alterações da TA.

## **Gestação actual**

Gestação única.

Gravidez não planeada. Refere toma de antibiótico que alterou a eficácia do anticoncepcivo oral.

Data da última menstruação: 10/06/2010

Data provável do parto: 17/03/2011

**11<sup>+5d</sup> SG**

## **1ª Eco**

Gravidez única; CCC: 5,2 mm; TN: 1,4 mm; presença de ossos do nariz.

**17 SG**

Serologias:

Grupo sanguíneo: O Rh <sup>-</sup>

Grupo sanguíneo Cônjuge: A Rh <sup>+</sup>

<b>HIV</b>	Negativo
<b>Atg Hbs</b>	Negativo
<b>VDRL</b>	Negativo
<b>HCV</b>	Negativo
<b>Rubéola</b>	Imune
<b>CMV</b>	Negativo
<b>Toxoplasmose</b>	Imune

**18 SG (14/10/2010)**

Frequentava consultas no centro de saúde de Penafiel. Foi encaminhada para as consultas do HPA por descompensação dos valores da glicemia a partir daí.

Peso: 55,4 kg; TA: 132/74 mmHg; sem edemas; Combur Normal; Movimentos Fetais presentes.

**20 SG (28/10/2010)****2ª Eco**

Normal.

Gravidez única. Placenta posterior. Morfologia fetal normal. Sexo masculino.

LA normal.

Cordão umbilical – presença de 3 vasos.

**24 SG (25/11/2010)**

Ecocardiograma fetal normal

TA = 156/93 mmHg; sem edemas; Combur normal

Iniciou administração de Folifer<sup>®</sup> e AAS.

**28 SG (23/12/2010)**

Aparecimento da proteinúria (++++), sem edemas.

Levonox<sup>®</sup> subcutâneo.

Isoimunização – imunoglobulina anti-D IM

**32 SG + 2dias (20/01/2011)**

TA 160/100 mmHg, proteinúria +++++, Presença de edemas

SU - Internamento de alto risco

**32 SG + 3dias (21/01/2011)**

**3ª Eco**

32 s + 3 d

Biometria compatível normal; peso estimado 1792 g. Sem evidência de macrosomia fetal nem restrição de crescimento intrauterino. Sem alterações significantes do SNC, coluna vertebral, aparelho cardiorespiratório, digestivo ou genito-urinário.

Presença de órgãos sexuais masculinos.

LA normal.

Apresentação cefálica; placenta posterior Grau I/II; Doppler da artéria umbilical IR=0,76 (N).

Movimentos fetais presentes.

Ao longo da gravidez, refere ter tido duas consultas de oftalmologia, sem alterações de relevância.

### **Revisão Sistemática por Aparelhos e Sistemas**

Sem sintomas além dos referidos na História da Doença Actual.

## Exame Físico

Doente consciente, comunicativa e colaborante.

Sem posição preferencial no leito. Sem sinais de sofrimento.

### Parâmetros antropométricos:

Altura: 1,65 m

Peso:

-Pré-concepção: 51 kg

-Actual: 61 kg

IMC:

-Prévio: 18,9 kg/m<sup>2</sup>

-Actual: 22,4 kg/m<sup>2</sup>

### Sinais vitais:

TA: 140/ 80mmHg

FR: 16 cpm

Pulso: 85 bpm, amplo, regular e simétrico

Temperatura Timpânica: 36.5°C

Escleróticas anictéricas. Conjuntivas coradas e hidratadas.

Pescoço sem adenopatias palpáveis. Tiróide não palpável.

Tórax e dorso sem alterações. Auscultação normal.

Conformação gravídica do abdómen. Simétrico, sem evidências de circulação colateral, hérnias ou outras alterações.

Membros sem edemas, alterações da temperatura, tumefacções ou outras alterações visíveis ou palpáveis.

Exame ginecológico não efectuado.

## **Epicrise**

Grávida de 25 anos, II Gesta I Para, com 32 semanas de gestação, com história de Diabetes Mellitus Tipo I desde os 11 anos, insulínodépendente, foi encaminhada ao SU do HPA, referenciada da Consulta Externa, dia 20 de Janeiro de 2011, com HTA (160/100mmHg), proteinúria franca (++++), acompanhada de edemas marcados dos membros inferiores e face. Apresentava, desde as 29 SG, vômitos, náuseas, cefaleias e alterações da visão.

Ficou internada no internamento de Alto Risco. Realizou Ecografia do 3º trimestre, que não revelou nenhuma alteração de relevância.

Às 33 SG apresentava anemia, iniciando terapêutica com Sulfato Ferroso 525 mg 2 x dia, e, na última semana, apresentou mau controlo glicémico que justificaram um reajuste das unidades de insulina.

Actualmente, com 35 semanas <sup>+ 6 dias</sup> de gestação, refere melhoria dos sintomas. Para além do Sulfato Ferroso, está a ser medicada com Nifedipina 30 mg 1 x dia, Novorapid® antes das refeições e Insulina Glargina 1 x dia. No internamento fez análises sanguíneas e faz controlo apertado da Tensão Arterial e Cardiotocografia 1 vez por dia.

## **Lista de Problemas - SU**

- Grávida 32 SG;
- Gravidez sem consulta de pré-concepção.
- Diabetes pré-gestacional – Diabetes Mellitus tipo 1 desde os 11 anos, insulínodépendente, com atingimento microvascular renal e mau controlo glicémico na actual gestação;
- HTA, proteinúria e edemas marcados; vômitos, náuseas, cefaleias e alterações da visão.
- Anemia;

## **Proposta de Diagnóstico**

Pré-eclâmpsia



## **Exames Auxiliares de Diagnóstico**

### Na avaliação materna

- Avaliação da Tensão Arterial
- Exame sumário de urina + proteínas na urina 24h
- Hemograma com plaquetas
- Estudo da coagulação
- Bioquímica: ionograma ácido úrico, creatinina, TGO, TGP, DHL, bilirrubina total
- Bacteriológico de urina

### Na avaliação fetal

- Cardiotocografia
- Avaliação do líquido amniótico
- Biometria
- Fluxometria doppler da artéria umbilical

## **Plano**

- Repouso no leito
- Monitorização da TA; controlar com anti-hipertensores, por exemplo com Alfa Metildopa (se TAs > 150 mmHg e TAd > 105 mmHg)
- Vigilância de sinais e sintomas de eclâmpsia eminente e síndrome HELLP
- Registo da diurese e balanço hídrico
- Monitorização hematológica, função renal e hepática
- Cardiotocografia diária, avaliação do LA e fluxometria doppler da artéria umbilical 2 x por semana e biometria fetal quinzenal
- Indução da maturidade pulmonar fetal com corticosteróides (SG=32)

# **ANEXO**

## Anexo 1:

### Folha de Actos Ginecológicos e Obstétricos

Nome do Estagiário: Joana Magalhães

Bloco: IV

	Assinatura do Tutor
Observação de parto eutócico	<i>[Signature]</i>
Observação de ventosa	<i>[Signature]</i>
Observação de cesariana	<i>[Signature]</i>
Observação de episiorrafia	<i>[Signature]</i>
Observação de ecografia obstétrica	<i>[Signature]</i>
Observação de ecografia ginecológica	<i>[Signature]</i>
Observação de colposcopia	<i>[Signature]</i>
Observação de introdução de DIU	<i>[Signature]</i>
Observação de cirurgia ginecológica	<i>[Signature]</i>
Observação de exame puerperal	<i>[Signature]</i>
Observação de colheita para estudo citológico cervicovaginal	<i>[Signature]</i>
Colheita de história clínica de Obstetrícia	<i>[Signature]</i>
Colheita de história clínica de Ginecologia	<i>[Signature]</i>
Realização de exame com espéculo	<i>[Signature]</i>
Realização de colheita para estudo citológico cervicovaginal	<i>[Signature]</i>
Realização de cardiotocografia	<i>[Signature]</i>
Realização de auscultação fetal ou cardioscopia	<i>[Signature]</i>
Realização de medição da altura uterina	<i>[Signature]</i>
Realização de exame de urina com tiras-teste	<i>[Signature]</i>
Preenchimento de Boletim da Grávida	<i>[Signature]</i>

Data: 10/02/2011

Assinatura do Tutor:

*[Signature]* - 48737

## Anexo 2:

**U. PORTO**  
FMUP FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA  
Prof.Doutor João Bernardes

MESTRADO INTEGRADO 2010-2011  
UNIDADE CURRICULAR (UC) OBSTETRÍCIA – PRÁTICA CLÍNICA  
Requente: Prof Doutor Nuno Montenegro

### Avaliação pelo Tutor

Nome do Estagiário: Joana Magalhães

Bloco:4

Classificação	
0 Prestação nula	
1 Prestação inferior a 50%	
2 Prestação 50-75%	
3 Prestação 75-100%	
4 Prestação 100%	
Assiduidade	4
Pontualidade	4
Disponibilidade	3
Capacidade de comunicação	4
Conhecimentos clínicos	3
TOTAL	18

Data: 10.02.2011

Assinatura do Tutor: